

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z pripoistenia práceneschopnosti poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby

Číslo škodovej udalosti:

Vyplnené oznámenie škodovej udalosti zasielajte spolu **s kópiou potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti**, kompletnými lekáorskými správami, v prípade hospitalizácie aj lekáorskou prepúšťacou správou, v prípade pracovného úrazu aj potvrdením o jeho nahlásení príslušnému inšpektorátu práce a v prípade vyšetrovania udalosti orgánom polície aj správou polície z vyšetrovania udalosti.

Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO:	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:
	Číslo ID (doklad totožnosti):
Adresa poisteného:	Tel. č. poisteného:*
	E-mail poisteného:
Povolanie (uvedte súčasné povolanie):	Zamestnávateľ - názov, adresa:

*Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

Uvedte meno a adresu Vášho ošetrujúceho lekára, jeho odbornosť:
Trvanie práceneschopnosti od (dátum): _____ do (dátum): _____ Číslo potvrdenia o pracovnej neschopnosti: _____
Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v dôsledku pracovnej neschopnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte názov poisťovne, názov poistenia a dennú dávku, na ktorú máte nárok:
Vznikla pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak ide o úraz, uveďte presný názov diagnózy, dátum úrazu a okolnosti jeho vzniku:
Ktorá časť tela bola poranená?
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Utrpeli ste už v minulosti úraz? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, kedy a o aké poškodenie išlo:
K úrazu došlo pri činnosti <input type="checkbox"/> pracovnej <input type="checkbox"/> mimopracovnej <input type="checkbox"/> športovej
Ak k úrazu došlo pri športovej činnosti, uveďte druh športu, ktorý vykonávate:
Ste registrovaný v športovom klube? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte názov a presnú adresu:
K úrazu došlo pri <input type="checkbox"/> tréningu <input type="checkbox"/> súťaži <input type="checkbox"/> rekreačnom športovaní
Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uveďte meno a adresu vodiča:
Vyšetroval udalosť orgán polície? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, priložte kópiu správy z vyšetrovania udalosti.
Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte zistené % alkoholu v krvi:
Ak ide o ochorenie, uveďte kód a názov diagnózy a opis daného ochorenia, kvôli ktorému ste práceneschopný:
Kedy bolo dané ochorenie po prvýkrát diagnostikované (zistené)?
Boli ste v súvislosti s daným ochorením hospitalizovaný alebo máte plánovanú hospitalizáciu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte kedy (od, do) a kde:
Poistné plnenie žiadam poukázať:
<input type="checkbox"/> bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN:
<input type="checkbox"/> poštovým poukazom na adresu:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa obznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekáorských správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V _____ dňa _____ podpis poisteného